



理事長 近藤壽郎

社会連携・広報委員会委員長 北川善政

News Letter No. 8

今回は2019年2月10日に行われた第46回一般社団法人日本顎関節学会学術講演会について、東京医科歯科大学大学院医歯学研究科口腔顔面痛制御学分野 栗栖諒子先生に報告させていただきます。

## 第46回一般社団法人日本顎関節学会学術講演会報告

第46回一般社団法人日本顎関節学会学術講演会は、「顎関節症インタラクティブコース」と題し、2019年2月10日（日）日本大学歯学部1号館大講堂において66名（会員55名・非会員6名研修医5名）の参加者のもと開催されました。



本学会学術講演会は、顎関節疾患の診察、検査、診断、治療にあたる専門的知識と経験を有する歯科医師を養成することを目的とし、開催されております。昨年発表された『顎関節治療の指針 2018』の内容に基づいた実習（ハンズオン）付きの実践的なプログラムとなっており、大変勉強になりましたのでご報告させていただきます。

今回の学術講演会「顎関節症インタラクティブコース」では5人の先生方が講演してくださいました。

最初の講師は大阪大学大学院歯学研究科の矢谷博文先生であり、「顎関節症の病態分類と診断」についてのレクチャーが行われました。



まず、顎関節症の概念について2013年の変更点をふまえ、病態分類変更の経緯と詳細を解説いただきました。国際的な診断基準であるDC/TMD (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) ではbiopsychosocial modelの上に身体軸 (Axis I) と心理社会 (Axis II) の2軸診断が用いられ信頼妥当性が確立されているのに対し、これまで本邦の症型分類では病因モデルがなくAxis Iのみで信頼妥当性も確立されていませんでした。そこで学会ではDC/TMDに沿って病態分類を作りました。DC/TMDと同様にmost common pain related TMDsに相当する咀嚼筋痛障害、顎関節痛障害、most common intra articular TMDsに相当する顎関節円板障害、変形性顎関節症に分けられ、重複診断が可能になりました。またDC/TMDの問題点として、本邦以外の国では画像機器が普及していないことから、画像診断が必須ではなく、そのため顎関節円板障害、変形性顎関節症の感度特異度が低い点が挙げられます。本邦ではパノラマX線検査はじめCT、MRIもかなり普及しているため必要に応じて画像検査を行うべきであり、データを蓄積していくことで、本邦より世界に向けて情報発信できるよう学会で取り組んでいるそうです。また個々の病態についても先生のご経験をふまえて詳しく解説いただきました。

次に、新潟大学の高木律男先生から、「顎関節症と鑑別が必要な疾患」についてレクチャーがありました。



鑑別診断を行うにあたり、早急な対応が必要な臨床所見として「開口障害 25mm未満、顎関節部筋部の腫脹、神経脱落症状、発熱、他関節の症状、自発痛」がポイントであるとの説明がありました。また「顎関節症と鑑別を要する疾患あるいは障害（2014年）」に基づいて実際の症例を基に解説してくださいました。特に開口障害のところでは、痛みがなく開口障害のみの所見の場合に顎関節症との鑑別診断で考えられるのは「腔内癒着、筋突起過長症、線維性筋拘縮、咀嚼筋腱膜過形成症など」と具体的な症例を挙げ、明確に示してくださいわかりやすかったです。

午後からは、日本大学の本田和也先生による「顎関節症の画像検査」についてハンズオンでのトレース実習を含めた講義がありました。



まずエックス線の発見者レントゲン博士が正答になっている国家試験過去問やクイズ形式で関連知識を教えてください（エックス線の発見の背景には戦争で弾丸が体内に入ってしまった兵士のためというのは勉強になりました）パノラマ X 線検査で確認できる解剖学的名称について説明がありました。空間分解能が高いCT と組織分解能が高いMRI の違いに

ついて図を用いてわかりやすく解説いただき、骨変化の評価にはCT、MRI、CBC Tのいずれも幅こそあるもののどれも有用であるというデータを示されました。顎関節に関しては関節結節を超えて初めて下顎頭の運動制限がないといえるという基本的な診断から、MRIのT1/プロトン強調像では顎関節の形態を確認し、T2では関節腔貯留液(joint effusion)の有無を確認するというポイントをおさえ解説してくださいました。次にハンズオンでは、本田先生にスライド上で正常像の解剖学的名称について確認していただきながら各自トレースを行った後、実際の2症例についてトレースして診断名をつけるところまで行いました。

次に日本大学松戸歯学部の小見山道先生から、「顎関節症の診察・検査・診断」についてハンズオンでの開口域計測、触診実習を含めた講義がありました。



ハンズオンでは、ディスプレイザブルの「開口測定器」、キャリブレーション用の「バトラーパルピーター(株)サンスター」が配布され、小見山先生のデモののちに受講者同士ペアを組んで相互実習で行いました。私もペアを組ませていただいた先生もそれぞれ30日以内に痛みがある部位があり、開口量測定時の誘発痛と筋触診における圧痛をお互いに確認することができました。開口量が65mmの人はげんこつがはいるサイズという豆知識には驚かされました。

最後に、東京医科歯科大学の西山先生から、「顎関節症の各病態に対する保存的治療」についてのレクチャーがありました。



顎関節症は、診察・検査・診断を基に治療計画立案を行い経過観察群と治療介入群にわけられます。いずれにおいても疾病教育が最も大事であり、顎関節症の疫学、性差、self-limiting で予後良好なこと、患者さんの病態がどこに当てはまるか、どんな寄与因子があるか、治療のゴールをどこにもっていくかを説明します。治療には病因治療と病態治療があります。病因治療では顎関節症が多因子疾患であることから、リスク因子の中でも介入しやすい生活習慣、悪習癖の是正法について上下歯列接触癖の是正を中心に解説がありました。その後治療介入群については病態治療として運動療法、薬物療法、アプライアンス療法が行われますが、実際は複合治療になっていくことを病態別に解説してくださいました。治療のゴール（エンドポイント）はQOLの向上であり、開口量、下顎頭の移動量の評価に加えて「OHIP (Oral Health Impact Profile)」「LDF-TMD (Limitation of Daily Functions in Japanese Patients with TMD)」「QOLI-TMD (Quality of life index for TMD)」などの指標を示してくださいました。

私は来年度で歯科医師4年目になります。顎関節症に興味を持ったのは5年～6年次の臨床実習で顎関節外来、痛み外来を見学させていただいたのがきっかけです。私の母校日本大学松戸歯学部では顎関節症の患者さんを補綴科、初診科、口腔外科、麻酔科などの先生がそれぞれのアプローチの方法をもって診療されるので、大変興味深く、暇を見つけては見学に行っていた記憶があります。

本田先生が講演中にお話しになられていたように第112回歯科医師国家試験では顎関節の関連問題が6～7問出題されたことから今、顎関節症の共通理解が求められているように思います。学会員はもとより、会員以外の先生を含め、研修医、若手の先生方にも本学会主催の学術講演会に参加いただき一般歯科治療に加えて最新の顎関節症の知識と対応を知り、臨床の現場に活かしてもらえたら幸いです。

---

※日本顎関節学会 News Letter へのお問い合わせは  
「日本顎関節学会事務局」までお願い致します。

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル4F

TEL 03-3947-8891

e-mail gakkai23@kokuhoken.or.jp

---